DES

N° 32

KYSTES DERMOÏDES

DE LA QUEUE DU SOURCIL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

le 16 mars 1889

PAR

Victor LE LAN

Né à Brest

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1889

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN, Doyen.
BERTIN-SANS, Assesseur.

Professeurs.

	MESSIEURS :
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✲)
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.	CASTAN.
Clinique médicale.	GRASSET.
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Opérations et appareils.	GRYNFELTT.
Pathologie externe.	CHALOT.
Anat. pathol. et histol.	KIENER (✲).
Thérap. et Matière médicale.	HAMELIN (✲).
Anatomie.	PAULET (O. ✲ ✠).
Pathologie interne.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	MAIRET.
Botan. et Hist. Nat. méd (ch. de c.)	GRANEL.
Clinique obst. et gynécol. (ch. de c.)	GERBAUD.
Physique médicale. (ch. de c.)	IMBERT.

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✲ ✠).
Prof. honor. M. DUPRÉ (✲ C. ✠),

Chargés de Cours de Cliniques annexes :

Clinique des maladies des enfants. MM.	BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	MOSSÉ (✲), agrégé.
Clinique ophthalmologique.....	TRUC, agrégé.

Agrégés en Exercice

MESSIEURS :	MESSIEURS :	MESSIEURS
BIMAR.	GRANEL.	BROUSSE.
MOSSÉ (✲).	FORGUE.	GILIS.
REGIMBEAU (✲).	TRUC.	IMBERT.
BLAISE.	GERBAUD.	
BAUMEL.	BOINET.	
VILLE.		

M. H. GOT, Secrétaire.
M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examinateurs de la Thèse :

MM. CHALOT, *président.*
TÉDENAT, professeur.
GERBAUD, agrégé.
FORGUE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur CHALOT

V. LE LAN.

INTRODUCTION.

Dans le cours de nos études médicales à l'Ecole Navale de Brest, ayant eu l'occasion d'observer, dans le service de M. le Professeur Cras, quelques cas de kystes dermoïdes de la queue du sourcil, il nous engagea à essayer une monographie de cette affection d'après les travaux déjà parus, en apportant toutefois à la liste des observations nombreuses et bien faites, quelques observations personnelles.

Ne nous dissimulant pas les difficultés de la tâche que nous entreprenions et l'ingratitude d'un sujet déjà traité par des maîtres, nous acceptâmes, par reconnaissance, sachant combien nous étions au-dessous du sujet que nous nous imposions.

Nous nous sommes puissamment aidé dans ce travail des thèses excellentes de Régnier, Lamps, Cusset, Penaud et du travail de Lannelongue et Achard.

Nous devons à la complaisance de notre ami le Dr Laugier, une observation tirée de sa pratique personnelle à la Guyane et relatée par nous à la fin de ce travail.

Nous avons pris les autres observations dans les services des maîtres chez qui nous avons eu l'honneur de servir.

Notre ami le Dr Hugues a bien voulu nous aider dans nos recherches et a d'autant simplifié notre tâche.

Remercions ici M. le Professeur Chalot de l'honneur qu'il veut bien nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous avons tenu à placer ce travail sous les auspices du professeur Cras, dont la médecine navale porte le deuil récent, pour les services très grands qu'il a toujours rendus à moi et aux miens, et pour l'inappréciable bienveillance avec laquelle il nous a toujours conduit dans ce difficile chemin médical, où il marchait, naguère encore, parmi les meilleurs.

DIVISION DU SUJET.

1 Introduction.
2 Historique.
3 Description topographique.
4 Considérations embryologiques.
5 Anatomie pathologique
- § 1 Caractères généraux de la paroi.
- § 2 Etude du contenu.
- § 3 Structure de la paroi et de ses dérivés.

6 Pathogénie.
7 Etiologie.
8 Symptômes, marche, diagnostic différentiel, pronostic.
9 Traitement.
10 Conclusions.
11 Observations.
12 Index bibliographique.

DES

KYSTES DERMOÏDES

DE LA QUEUE DU SOURCIL

CHAPITRE I.

HISTORIQUE.

Bien qu'ils aient dû être observés par les auteurs les plus anciens, les kystes dermoïdes de la queue du sourcil n'ont été signalés par aucun d'entre eux.

Pour la première fois, en 1772, Louis, dans un article du *Dictionnaire de chirurgie*, donne au mot *enkysté* une description générale des kystes.

En 1775, Astruc, Rey, Girard, commencent leur étude. Ce dernier mentionne des tumeurs dans lesquelles on peut

trouver des poils, des cheveux, avec une matière analogue à du suif et qu'il pense provenir de glandes sébacées.

Baillie rapporte que Hunter opéra une tumeur analogue en 1789 (*Philosop. transac.*).

Zimmerman, dans son Essai sur l'anatomie pathologique, en 1810, Cruveilher en 1816, rapportent des observations semblables.

Meckel en 1819 (Mémoire sur les poils et les dents qui se trouvent accidentellement dans le corps), parle de kystes situés au grand angle de l'œil et contenant ces sortes de productions.

Beer, dans son *Traité d'ophtalmologie*, Cooper traduit par Chassaignac et Richelot 1837, les étudient et cherchent à démontrer le mécanisme de leur formation et leur origine.

Dans la *Gazette des hôpitaux* 1831, parlant d'un kyste à contenu mélicérique situé au cou, Dupuytren recommande d'en opérer la dissection exacte et minutieuse, car, dit-il, l'oubli de la plus faible parcelle suffit pour la reproduction constante de la tumeur ou d'un trajet fistuleux.

Lawrence en 1838, *London medical Gazette*, appuyait sur ce même point, et signalait comme constant leur siège à l'angle externe de l'œil.

C'est seulement en 1852 que Kohlrausch démontra l'analogie de leur structure avec celle de la peau.

A la même époque, Lebert, dans le *Mémoire de la Soc. de biol.*, développe sa grande loi de l'hétérotopie plastique. Verneuil, d'abord partisan de cette théorie, se mit bientôt à la réfuter pour établir celle de l'inclusion.

Nous citerons seulement pour mémoire la théorie de la diplogénèse, plus applicable peut-être aux tumeurs dermoïdes profondes et d'après laquelle il faudrait considérer le kyste comme un individu primitivement distinct, arrêté ou atrophié dans son évolution, et dont la formation est le résultat d'une

monstruosité double. De là, découlait aussi l'idée d'une superfétation, du développement de deux jumeaux marchant d'abord également et dont l'un s'arrête tout à coup, d'un œuf à deux germes, d'une grossesse extra-utérine, ou bien encore de la parthénogénèse. Ces opinions ont été bien vite abandonnées.

Broca, en 1869, généralisa la théorie de Verneuil (*Traité des tumeurs*).

Enfin, Régnier (Thèse inaugurale de Paris, 1869) ; Broca, dans *la Gazette des Hôp.* en 1874; Heurtaux, dans *la Gaz. des Hôp.* 1874, et dans son excellent article du *Dict. de méd. et de chirurgie prat.*, article *Kyste* ; plus récemment encore, en 1886, MM. Lannelongue et Achard (*Traité des kystes congénitaux)*, exposent et établissent d'une façon précise la théorie de l'inclusion et de l'enclavement.

CHAPITRE II.

DESCRIPTION TOPOGRAPHIQUE.

Parmi les tumeurs superficielles de la face, l'une des plus fréquentes est le kyste dermoïde de la queue du sourcil.

Cette affection, qui semble avoir en cet endroit son lieu d'élection, ne s'y rencontre pas d'une façon toute exclusive. L'expérience journalière et la statistique démontrent que chaque point du corps peut en être affecté, et que les organes internes n'en sont point exempts. Mais, dans leur ordre de fréquence comparative, c'est à l'extrémité externe de l'arcade sourcilière qu'ils se localisent le plus souvent. On pourrait faire exception, cependant, pour les kystes dermoïdes de l'ovaire, quoique M. Heurtaux (de Nantes) et Pauly, adoptant l'opinion de Lücke, s'élèvent contre cette prédominance attribuée par Lebert aux kystes de l'ovaire.

Tout en admettant cette opinion, nous reproduirons ici un tableau statistique qui nous évitera d'entrer dans de longues digressions.

(Suit le Tableau)

Tableau statistique d'après Lebert.

Kystes dermoïdes 188 cas

- Non ovariens 59 cas
  - Sous-cutanés 24 faits dont 19 chez l'homme et 5 chez les animaux
    - 9 fois aux environs de l'œil près des sourcils.
    - 3 à la racine du nez.
    - 1 à la tête et à la tempe.
    - 1 au cuir chevelu.
    - 3 au cou.
    - 1 au pubis.
    - 1 aux jambes.

    } Les 19 fois chez l'homme.
  - Intra-méningiens 5 cas, 4 chez l'homme, 1 chez le cheval, contenant des produits sébacés et pileux.
  - Bourses : 3 cas distincts des inclusions fœtales ; s'ils contiennent des os, ceux-ci sont différents.
  - Parties profondes du corps : 27 faits dont 21 pour l'espèce humaine
    - 10 contenant : graisse, poils, quelquefois des os, mais pas de dents.
      - 2 fois cavité du thorax.
      - 2 — voisinage du foie.
      - 2 — mésentère et épiploon.
      - 2 — matrice.
      - 1 — entre l'utérus et la vessie.
      - 1 — entre l'utérus et le rectum.
    - 11 contenant des dents.
      - 3 — péritoine.
      - 2 — matrice.
      - 2 — près de l'estomac.
      - 1 — près du diaphragme.
      - 1 — sous la langue.
      - 1 — dans l'orbite.
      - 1 — dans le thorax.
- Ovariens 129 cas
  - 41 pili-graisseux
  - 82 fois pili-graisseux et pili-dentaires
    - 19 fois des os.
    - 63 fois des dents.

CHAPITRE III.

CONSIDÉRATIONS EMBRYOLOGIQUES

Comme nous le verrons plus loin, dans la pathogénie du kyste dermoïde, c'est dans l'étude embryologique de la face que l'on trouve les conditions anatomiques qui président à l'évolution de ces tumeurs.

C'est pourquoi nous avons pensé devoir les rappeler brièvement.

Les arcs pharyngiens, au nombre de quatre de chaque côté, sont les prolongements qui partent de la région antérieure de la corde dorsale, en avant des protovertèbres, et se développent à la façon d'une côte, dans la paroi centrale du corps de l'embryon pour se souder en avant sur la ligne médiane. Ces arcs interceptent des fentes transversales, *fentes pharyngiennes* (au nombre de quatre), qui mènent dans la cavité pharyngienne.

Ces fentes et ces arcs constituent l'appareil branchial ou pharyngien du fœtus.

La face se forme aux dépens du bourgeon frontal descendant vers ces fentes et des arcs pharyngiens ou branchiaux et de leurs prolongements (1).

Ce sont surtout la première fente et le premier arc branchiaux qui présentent pour nous le plus d'intérêt et nous aurons à y revenir pour expliquer la production du kyste dermoïde et son mode de formation.

(1) Beaunis et Bouchard.

CHAPITRE IV.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les kystes dermoïdes sont, dit Broca, des tumeurs chroniques, constituées par des cavités closes, anormales ou anormalement développées, dont les parois sont en rapport de *continuité*, par leur surface externe, avec les tissus musculaires environnants, et en rapport de simple *contiguité*, par leur surface interne, avec une substance le plus souvent liquide ou molle, rarement solide, quelquefois organisée et vivante, mais toujours indépendante de la circulation générale.

Leur aspect extérieur ne les distingue en rien d'une autre tumeur; ils sont généralement de forme arrondie; par exception seulement, quand ils sont composés de cavités multiples, prennent-ils une apparence plus ou moins lobée, plus ou moins irrégulière.

Leur volume varie généralement de la grosseur d'un petit pois à celle d'une noisette; il est rare qu'il atteigne la grosseur d'un œuf de poule. Il ne s'agit ici, bien entendu, que du kyste de l'arcade sourcilière; car d'autres kystes ayant la même origine branchiale peuvent atteindre des dimensions considérables.

Ils présentent généralement des adhérences, d'abord avec les parties environnantes, fibres musculaires, auxquelles ces parois sont intimement unies, et aussi avec le périoste. Quelquefois le frontal n'est pas modifié dans sa structure au-dessous du kyste, mais il peut cependant être creusé d'une

dépression ou d'un conduit, dans lequel se loge le kyste ou son pédicule.

Il y a généralement intégrité du périoste, bien qu'on ait remarqué parfois des rugosités et des sécrétions périostales dues à l'inflammation de cette membrane.

Régnier, dans sa thèse inaugurale, cite un cas analogue, avec cupule du frontal, sans inflammation du périoste, observé par M. Bouchard dans le service de Velpeau, et publié dans les *Bulletins de la Société anatomique*. Nous-même rapportons à la fin de ce travail une observation que nous avons prise, et où cette disposition était des plus manifestes.

Dans certains cas assez rares, l'os peut être détruit en partie ou en totalité et être simplement remplacé par un épaississement de la dure-mère. Le mécanisme de cette usure du frontal a donné lieu à diverses interprétations. Les uns y ont vu des phénomènes de compression ; les autres ont cru pouvoir rapprocher ces cas des cavités produites par des anévrysmes dans les os voisins. Mais cet argument tombe de lui-même puisqu'on a observé le même fait sur le nouveau-né.

Enfin, et c'est l'opinion à laquelle nous nous rattachons, le kyste et la dépression sont contemporains et ont la même origine fœtale.

§ 1.— Caractères généraux de la paroi.

La paroi dermoïde n'offre pas de caractères nettement tranchés ; son aspect varie avec les différents cas qui se présentent, mais rappelle cependant plus ou moins fidèlement celui de la peau ou d'une muqueuse. Blanchâtre chez certains sujets, nacrée, lisse et unie chez d'autres, rosée parfois,

inégale et couverte de petites élevures ou de plaques sébacées, elle peut varier chez le même individu dans les différentes parties de sa surface.

Son épaisseur n'est pas moins variable que son aspect. C'est ainsi que souvent dures, épaisses, fibreuses, les parois sont parfois très fines, d'une grande souplesse et d'un tissu délicat. Cette souplesse des parois semble permettre une plus rapide croissance du kyste, tandis que lorsqu'elles sont résistantes, qu'elles s'encroûtent de concrétions calcaires, ou qu'elles se calcifient complètement, le kyste ne peut s'accroître en volume.

Au niveau des épaississements irréguliers qu'elles présentent, on peut généralement remarquer des papilles, des glandes sébacées, sudoripares ou pilifères, rappelant les éléments contenus dans la peau, lesquels manquent presque toujours au niveau des points amincis. On y voit aussi des cellules épithéliales.

§ 2.— Etude du contenu.

Le contenu, ainsi qu'il est aisé de le supposer, varie avec la nature de la paroi qui l'a sécrété. La présence des poils longs ou courts, libres ou adhérents à la poche, s'y explique facilement. Ils atteignent souvent une grande longueur; ils sont isolés ou réunis en mèches ou en paquets. Leur couleur, variable, est souvent autre que celle des cheveux du sujet, et change pour le même dans les différentes parties de sa longueur. On peut y trouver également des dents, des fragments osseux, des débris de paroi, des lambeaux cutanés avec poils et glandes qui se sont détachés (Lebert).

Leur contenu principal est la matière sébacée. Le microscope y révèle en plus des masses confuses de cellules épi-

théliales et d'écailles épidermiques, de la matière grasse granuleuse, des cristaux de cholestérine. Souvent, c'est un amas mélicérique, grumeleux, blanchâtre, jaunâtre, qui les a fait nommer kystes athéromateux. D'autres fois, il rappelle le spermacéti, un amas de plâtre, la châtaigne cuite, la crême, etc., etc.

Le contenu est quelquefois séreux, huileux. Il flotte dans son épaisseur des matières plus denses, rappelant la consistance du mastic. Il peut être jaunâtre, contenant des paillettes brillantes de cholestérine, présentant une teinte de chocolat. Un cas rapporté par Velpeau avait l'apparence du méconium.

On a aussi rattaché à la même affection des kystes observés au même endroit, décrits sous le nom de *kystes huileux*, et dont le contenu ressemble exactement à l'huile d'olive. Par le refroidissement, il se fige en une masse qui a l'aspect, la consistance et le goût même du beurre (Dupuytren, cité par Cruveilhier).

Leur structure dermoïde est à peu près incontestable, malgré le cas cité par Desprès qui vit se transformer un kyste séreux incomplètement opéré en kyste huileux.

Les kystes dermoïdes, toutefois, ne contiennent pas d'une façon uniforme toujours les mêmes éléments : poils, concrétions osseuses, etc.

On a eu l'occasion d'observer les modifications les plus nombreuses de leur contenu. Broca trouvait, en 1862, dans la partie externe de la loge orbitaire, un liquide visqueux contenant de l'albumine, des matières grasses, des sels. Girardi, dans un kyste qu'il opéra la même année, trouva du sérum et des cristaux de cholestérine ; une autre fois Verneuil trouve des cristaux d'acide margarique et de cholestérine.

D'ailleurs les transformations se poursuivent dans nombre

d'observations. Demons (de Bordeaux) a trouvé des productions purement sébacées; J. et A. Sichel rapportent, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 11 mai 1877, et dans les *Annales d'oculistique* de 1867, deux cas de kystes ayant subi la transformation pierreuse ou calcaire. Trélat, dans le *Bulletin de la Societé anatomique*, rapporte un cas de kyste osseux et crétacé. Enfin, J.-P. Waston, dans un numéro de *la Lancet* (July, 1872), rapporte qu'il trouva du pus, non pas que le pus y eût toujours existé, mais sous une cause inflammatoire quelconque, coup ou irritation locale, la tumeur s'était enflammée et abcédée. Le résultat de l'opération fut d'ailleurs une guérison complète.

On a trouvé aussi des concrétions de magnésie (observation de Rizet), ou des concrétions formées de cholestérine et de cellules épithéliales (observation de Jarjavay). Barnes constate la présence d'une dent et de masses jaunâtres calcaires.

§ 3.— Structure de la paroi dermoïde et de ses dérivés: glandes, poils, dents.

Kohlraush le premier, en 1843, donna une description de la paroi dermoïde au point de vue microscopique.

Ses caractères se rapprochent de ceux du tégument externe. On y trouve les éléments suivants:

1° Derme.
2° Épiderme.
3° Glandes sudoripares.
4° Glandes sébacées.
5° Poils.
6° Ongles.
7° Dents.

1° *Derme.* — Semblable à celui de la peau, il conserve son tissu conjonctif feutré, avec quelques fibrilles musculaires au voisinage des poils. Contrairement aux vaisseaux qui s'y trouvent en quantité notable, les fibres nerveuses y sont assez rares, sauf dans les kystes complexes, renfermant à l'état rudimentaire les éléments du système nerveux central. Ercolani y a vu des corpuscules de Pacini.

2° *Épiderme.* — Son aspect varie peu dans les kystes dermoïdes. Ses cellules subissent seulement une déformation; elles peuvent être, dans une ou plusieurs couches, racornies et aplaties. Il en résulte que l'épaisseur de l'épiderme est moindre qu'à l'état normal.

La couche cornée peut être en partie desquammée.

3° *Glandes sudoripares.* — Ces dérivés de la paroi dermoïde ne se trouvent pas constamment dans les kystes. Tantôt rudimentaires, tantôt présentant un développement plus que normal, leur nombre et leur volume semblent être en raison inverse de ceux des glandes sébacées.

4° *Glandes sébacées.* — Annexées aux poils dans certains cas, indépendantes dans d'autres des follicules pileux, elles peuvent atteindre un tel développement (3 millim. d'après Pauly), qu'elles deviennent l'origine d'un kyste sébacé, ou la cause de la transformation d'un kyste purement dermoïde en kyste purement sébacé.

A propos des glandes de sécrétions diverses, citons les observations de Haffter, qui rencontra dans un kyste de l'ovaire une mamelle embryonnaire, de Sinéty, qui trouve dans un kyste semblable une glande acineuse de même nature.

Nous ne sachions pas que, jusqu'ici, des productions ana-

logues aient été rencontrées dans des kystes de la queue du sourcil.

5° *Poils.*— Nous avons déjà eu l'occasion de parler des poils qui se trouvent dans le contenu. Citons, comme cas dignes de remarque, ceux rapportés par Blandin, Haffter, dans lesquels la longueur de ces poils atteignait ou dépassait 1 mètre, de Andral qui trouvait des poils roux chez une négresse, de Axel Key qui rencontrait une boucle grise chez une femme âgée.

Enfin, dans des kystes dermoïdes observés chez des oiseaux on a observé des plumes.

6° *Ongles.* — Leur présence est exceptionnelle.

7° *Dents.*— Toutes les variétés de dents ont été rencontrées, depuis la dent de lait jusqu'à la dent de sagesse, tantôt libres, tantôt implantées sur un os, presque toujours anormales ou atrophiées, le plus souvent saines, parfois cariées (Heschl, Schrœder). Magitot pense qu'il s'agit plûtôt de phénomènes d'usure que d'une carie véritable.

Avant de terminer le chapitre de l'anatomie pathologique, nous croyons utile de citer ici, à titre de résumé, l'analyse citée dans la *Revue de Chirurgie* (t. III, 1883), d'une tumeur opérée par M. Nicaise. Cette analyse est due à M. Gilles de la Tourette; nous citerons d'ailleurs cette observation dans une autre partie de notre travail.

La quantité de liquide à examiner est de 3 à 4 grammes. Le liquide se compose de 2 parties: une superficielle, transparente; l'autre semi-fluide, blanchâtre et grumeleuse.

Partie liquide: Réaction neutre. Tache huileuse sur le papier à cigarettes. Ne contient pas ou peu d'éléments figu-

rés, si ce n'est quelques débris épithéliaux et de nombreux micrococcus, le liquide ayant été examiné vingt-quatre heures après l'ablation du kyste.

Partie solide : Réactifs, sulfate de soude, alcool absolu, chloroforme, picrocarmin, éther, évaporation.

De l'examen histologique pratiqué après l'emploi de ces réactifs, il résulte que la masse solide est composée de cellules épithéliales très nombreuses, appartenant aux glandes sébacées ; la plupart sont remplies de grosses gouttes de graisse. Il existe aussi des débris de poils terminés en pointe, comme les poils des nouveaux-nés.

Examen de la paroi du kyste. — Réactifs : alcool absolu, picrocarmin, glycérine. Sur une coupe perpendiculaire à la surface et au grand diamètre de la paroi kystique, on aperçoit, en allant de la partie superficielle vers les parties profondes :

Une couche épidermique,

Un corps muqueux sans papilles,

Un derme composé de faisceaux conjonctifs et de fibres élastiques, avec quelques petits lobules graisseux.

La préparation contient en outre une grande quantité de poils coupés suivant différentes directions, auxquels sont annexées des glandes sébacées très volumineuses. Ces glandes sont en quantité considérable, et beaucoup d'entre elles sont indépendantes des bulbes pileux. Sur un point de la coupe, il existe un kyste sébacé volumineux, développé aux dépens d'un des acini d'une glande de même nature. Par places, on trouve d'autres dilatations kystiques communiquantes.

Il existe en outre des glandes sudoripares reconnaissables

à l'enroulement de leurs glomérules, et situées sur un plan plus profond que les glandes sébacées.

Les différentes coupes contiennent en outre une quantité d'artères de calibre volumineux, sans développement exagéré des veines.

Les recherches auxquelles on s'est livré n'ont pas permis de déterminer s'il y avait des nerfs dans la paroi kystique, ce qui n'infirme en rien leur existence possible.»

M. Nicaise fait suivre cette observation de remarques dont la plus importante est celle-ci:

«La membrane enveloppante d'un kyste dermoïde peut ne présenter la structure de la peau que dans une partie de son étendue, le reste étant formé par une simple membrane cellulo-fibreuse.»

Outre les différents produits que nous avons signalés dans ce rapide aperçu d'anatomie pathologique, il y aurait encore à citer l'observation de Wirchow qui, dans une tumeur dermoïde du mésentère d'un homme autopsié par Lœvenmayer, trouva des cils vibratiles qui, joints à d'autres caractères, lui firent rapporter la formation de cette tumeur aux éléments tégumentaires des voies respiratoires.

Verneuil et Clado, dans trois kystes dermoïdes, dont l'un, siégeant à la queue du sourcil, ont observé des microbes pathogènes qui ont pu être cultivés et inoculés à différents animaux. Ces microbes se trouvaient dans le liquide; la paroi n'en contenait pas. (*Semaine Médicale 1888*, p. 475.)

Somme toute, comme on le voit, d'après les diverses considérations qui précèdent, aucun tissu n'offre dans le kyste dermoïde d'altérations morbides. S'il est dans ces tumeurs quelque chose d'anormal, c'est plutôt leur situation que leur structure.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE

Ayant eu l'occasion, dans notre historique, de parler des différentes théories pathogéniques, telles que la diplogénèse par inclusion, de l'hétérotopie plastique, de la parthénogénèse, de la grossesse extra-utérine, de la grossesse gémellaire, de la superfétation, nous croyons inutile d'insister sur des points tombés aujourd'hui dans l'oubli, et nous nous en tiendrons seulement à la théorie de l'enclavement, due à M. le Professeur Verneuil.

Le mécanisme de l'évolution de ces kystes n'est d'ailleurs pas aussi compliqué qu'il le paraît au premier abord. Verneuil et Broca ont étudié la question, et c'est en nous appuyant sur l'autorité de ces Maîtres que nous pensons que le kyste dermoïde est dû uniquement au développement de l'embryon aux premiers temps de la vie fœtale. Leur formation est liée à un accident survenu dans l'occlusion de la fente fronto-maxillaire qui sépare le bourgeon frontal du premier arc branchial.

D'après les idées émises par MM. Régnier et Lamps dans leurs thèses, si le pincement du tissu dans la première fente branchiale est superficiel, la paroi kystique adhérera plus ou moins intimement au squelette; si le pincement est plus profond, nous aurons sur le frontal ces dépressions osseuses dont nous avons parlé plus haut; et si enfin le tissu superficiel est

pincé plus profondément encore, le kyste s'enfoncera par un pédicule jusqu'aux parties les plus intimes du squelette.

Avant ces travaux, Lebert avait rapporté le développement du kyste à la théorie de l'hétérotopie:

«Beaucoup de tissus simples ou composés et des organes plus complexes même peuvent se former de toutes pièces dans des parties du corps, où, à l'état normal, on ne les rencontre point.»

Ceci rend parfaitement compte des faits, mais a le grand inconvénient de ne rien expliquer. L'explication tout entière est donnée au contraire par la théorie de Verneuil.

D'après lui, dit M. Heurtaux (de Nantes), dans le Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, les kystes dermoïdes qui occupent la partie antéro-latérale du cou et de la face auraient pour point de départ une portion du petit repli cutané qui tapisse le bord de l'une des fentes branchiales, dans le cas où, au lieu de se fusionner entièrement, les bords de cette fente ne se fusionneraient qu'en partie, laissant entre eux un petit sac de peau. C'est, comme le dit Verneuil, un sac de peau normale, anormalement emprisonné entre les tissus. Si maintenant nous nous demandons pourquoi, dans quelques circonstances, une petite portion de peau se trouve enclavée dans la profondeur des tissus, nous en trouverons peut-être le motif dans cette adhérence du périoste que je crois constante. Cette adhérence du bord de la fente branchiale au périoste, serait un accident de l'évolution embryonnaire, dû sans doute à un travail d'irritation survenu au moment où les fentes tendent à disparaître.

Quoi qu'il en soit, on s'expliquerait par l'insuffisance du fusionnement des bords de la *première* fente branchiale, la situation des kystes dermoïdes au niveau du tiers externe du sourcil et au voisinage de l'angle externe de l'œil. Broca, de son côté, pense qu'on peut expliquer de la même manière

la formation des kystes pilifères de la partie interne du sourcil, l'extrémité interne de la première fente branchiale étant à ce niveau comblée par le développement du bourgeon frontal ou incisif, qui descend en dedans de l'œil pour se fusionner avec le premier arc branchial.» Cependant Nicaise, dans la *Revue de chirurgie*, pose ce principe, que le kyste dermoïde n'est pas le résultat fatal d'une inclusion d'un sac de peau, et pour donner une preuve de l'origine des kystes huileux de la queue du sourcil, il cite à l'appui de sa thèse l'observation suivante:

«Un jeune homme de 17 ans, employé à l'hôpital Laënnec, »entre dans mon service au mois de juillet dernier, pour une »tumeur du volume d'une grosse aveline, siégeant au niveau »de la queue du sourcil droit, et qui avait commencé à ap»paraître cinq ou six mois auparavant; la peau qui la recou»vrait était normale et mobile ; mais la tumeur, absolument »indolente, était adhérente aux parties profondes. Il s'agis»sait d'un kyste dermoïde congénital qui, après être resté »longtemps stationnaire, avait pris un accroissement assez »rapide *au moment de la puberté.* Il n'y avait pas de prolon»gement intra-orbitaire.

»J'enlevai le kyste après avoir fait une incision parallèle à »la queue du sourcil. Pendant l'opération, je fus frappé de la »minceur extrême des parois du kyste, qui laissaient voir »par transparence un contenu fluide citrin. Une piqûre faite »sur la paroi donna issue à un liquide semblable à de l'huile. »Je continuai la dissection et je constatai qu'au niveau de »l'apophyse orbitaire externe les parois de la tumeur étaient »plus épaisses, non transparentes et adhérentes à l'os.»

Pansement de Lister. — Guérison.

De cette observation et de la remarque que nous avons déjà faite, on peut tirer la supposition suivante: au moment

où se forme la fente branchiale fronto-maxillaire, un des bords étant renversé en dedans, la soudure se fait «en enfermant au milieu des tissus sous-cutanés, non un cul-de-sac de peau, mais un petit lambeau de peau.»

Nous ne citons que pour mémoire les opinions des maîtres qui rattachent l'affection qui fait le sujet de cette thèse à une diathèse ou à une tuberculose locale. La question est d'ailleurs encore assez peu étudiée et assez peu éclairée; mais je ne sache pas que, jusqu'à ce jour, si l'on a trouvé quelques microbes dans le liquide kystique, ou y ait découvert les bacilles spécifiques de Koch.

On pourrait opposer aux opinions que nous avons exposées plus haut que des kystes dermoïdes de la région sourcilière paraissent n'avoir aucun rapport avec la première fente branchiale. Mais cette exception apparente ne fait que confirmer la règle. Citons-en pour preuve les deux observations suivantes :

«Un jeune homme du service chirurgical des cliniques portait »une tumeur, un kyste dermoïde de la région sous-orbitaire. »Cette tumeur était congénitale. Plusieurs moyens de traite»ment, ponctions avec ou sans injections, avaient été vaine»ment mis en œuvre ; la tumeur s'était reproduite chaque fois. »Broca s'est décidé à en faire l'ablation il y a quelques se»maines. Aujourd'hui, la cicatrisation de la plaie est com»plète, etc.»

«Dans le fait qui a été l'occasion de ce rappel, M. Broca, »avant l'opération, se trouvait quelque peu embarrassé »d'assigner son point de départ à cette tumeur, qui, située »au niveau de la partie moyenne de la région sous-orbitaire, »ne paraissait avoir aucun lien, ni avec la partie externe ni »avec la partie interne de la fente branchiale supérieure. »Mais l'opération même, en lui faisant découvrir une sorte »de prolongement caudal de la tumeur qui allait s'insérer

»sur le rebord de l'os unguis, lui a montré que ce cas, qui »d'abord lui avait paru constituer une exception, rentrait »dans la loi formulée par Verneuil.»

(*Gazette des hôpitaux*, 1874, p. 242).

Un fait analogue est celui recueilli par M. Remy dans le service de Richet à l'Hôtel-Dieu, et consigné dans le Recueil d'ophtalmologie de Galezowski, pour le mois de janvier 1874. Il s'agit d'un homme de 46 ans, portant depuis son enfance une tumeur du volume d'une grosse noix, située à l'angle interne de l'œil, ne dépassant pas le bas du tendon réfléchi du muscle orbiculaire. Cette tumeur avait déjà été traitée antérieurement sans succès.

En l'examinant attentivement, M. Richet reconnut qu'elle pénétrait dans une dépression frontale. Cette circonstance, rapprochée de la congénitalité de la tumeur, ne laissait plus de doute sur sa nature.

Pour jeter plus de lumière sur cette pathogénie, Masse (de Bordeaux) résolut de produire de toutes pièces des kystes artificiels. Il opéra sur des animaux, rats, lapins, cobayes, et le succès vint confirmer complètement ses espérances. Dans diverses communications, il présenta à la Société de chirurgie des rats dans l'abdomen desquels il avait développé des kystes analogues à ceux de l'ovaire.

Jusqu'ici on n'a pas encore opéré sur des hommes. Mais peut-être pourrait-on trouver des sujets complaisants, auxquels, par une boutonnière étroite faite dans la profondeur des tissus, on inoculerait un fragment de derme, et sur lesquels on parviendrait ainsi à reproduire un kyste dermoïde.

Les théories de Verneuil, appuyées sur un grand nombre de faits, paraissaient inattaquables, et l'on était habitué à considérer les kystes dermoïdes comme une affection essentiellement congénitale. Mais, dans ces dernières années et

tout récemment encore, M. Larger affirma que les kystes dermoïdes pouvaient avoir parfois une origine traumatique; il affirme même qu'ils sont simplement des productions cellulo-fibreuses émanées du périoste, et consécutives à une violence.

A la séance de la Société de chirurgie du 18 janvier 1888, M. Larger présente un malade qui, à la suite d'un traumatisme reçu sur l'angle externe de l'œil, offre aujourd'hui, à la région de la queue du sourcil, une petite tumeur qui a toutes les apparences cliniques du kyste dermoïde. Il se demande et demande aussi à la Société s'il s'agit en effet d'un kyste dermoïde ou d'une tumeur d'origine traumatique.

L'avis de la plupart des membres présents est qu'il s'agit là d'un kyste dermoïde. Ce malade sera opéré. M. Larger présentera la pièce.

Dans la *Semaine médicale* du 6 janvier 1889, M. Larger insiste sur la même opinion. Parlant du malade qu'il avait présenté à la Société de chirurgie: «Peu de jours après, dit-il, j'opérai le malade; la tumeur, grosse comme une petite olive, était située sur le muscle orbitaire, adhérente au périoste; sa consistance était inégalement dure et fibreuse.

»L'examen histologique pratiqué par M. Retterer, chef du laboratoire d'histologie de la faculté, a montré qu'elle était exclusivement formée de tissu conjonctif, sans papilles, sans poils, sans matière sébacée. Elle peut être considérée comme étant le résultat d'une prolifération du périoste.

»Il est à remarquer que cette tumeur de la queue du sourcil siégeait au-dessous d'une cicatrice résultant d'une chûte que le malade avait faite à l'âge de 5 ans.»

Ces cas, peu nombreux jusqu'à présent, ne prouvent rien contre la théorie de l'enclavement et montrent simplement qu'il peut y avoir des tumeurs de la queue du sourcil d'ori-

gine traumatique, et dont l'aspect extérieur et les symptômes principaux rappellent ceux de l'affection qui nous occupe.

Des considérations que nous avons exposées dans ce chapitre découlent les conclusions suivantes :

1° Les kystes dermoïdes de la queue du sourcil sont congénitaux, parce que le point de départ de leur formation remonte à la vie intra-utérine.

2° Ils occupent toujours la même région (queue du sourcil), parce que la fusion des bords de la fente branchiale supérieure se fait toujours dans le même point (partie externe de l'orbite). C'est en apparence seulement que certains kystes ne siègent pas en ce lieu d'élection (observations de Broca et de Richet.)

3° Enfin, le kyste ayant été pincé par la soudure des parties profondes, adhère aux couches qui lui sont sous-jacentes.

CHAPITRE VI

ÉTIOLOGIE

La formation des kystes dermoïdes n'étant, ainsi que nous l'avons vu, autre chose qu'un accident survenu pendant le cours de la vie intra-utérine, ne peut avoir d'étiologie, pas plus qu'une fracture résultant d'un simple accident. Nous allons cependant rapporter les diverses causes prédisposantes auxquelles on les a attribués, hérédité, âge, sexe.

Hérédité. — Certains auteurs, entre autres Paget, ont invoqué *l'hérédité.* Mais on n'a pas d'observations bien précises, et si l'on cite un ou deux faits de ce genre, on n'a pas le droit d'en induire à la relation de cause à effet ; il semble qu'on doive les attribuer à une simple coïncidence.

Age. — Puisque cette affection est congénitale, il est bien évident que l'âge ne peut avoir sur elle aucun effet. Si quelques auteurs ont prétendu qu'elle était plutôt une maladie de l'âge adulte, cela tient peut-être à une observation suivie trop peu scrupuleusement. En effet, si l'enfant a été confié à des nourrices ou à des parents négligents, qui n'ont pas toujours recherché les détails intimes de sa constitution, le kyste, d'abord fort petit, a pu passer inaperçu, et c'est seulement plus tard que, grandissant en même temps que le reste de l'organisme, il s'est révélé.

Mais dans la plupart des cas, le kyste a été remarqué dès

la première enfance, et des faits aussi rigoureusement suivis pendant toute la durée de leur évolution, auraient seuls dû servir de base aux statistiques. Peut-être cependant, d'après M. Nicaise, la puberté aurait-elle quelque influence sur leur *développement* et y déterminerait-elle comme une poussée.

Sexe. — Les statistiques tendent à prouver que le sexe masculin y est plus fréquemment sujet; mais cette prédominance est très légère.

Ajoutons enfin que cette affection a été trouvée plus souvent à droite qu'à gauche.

CHAPITRE VII

SYMPTOMATOLOGIE. — MARCHE. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — PRONOSTIC

§ 1.—Symptomatologie

A l'*inspection*, on voit une tumeur arrondie, généralement de petit volume, mais pouvant atteindre la grosseur d'un œuf de pigeon, siégeant ordinairement au niveau de la queue du sourcil, ayant peu de tendance à s'étendre du côté de la paupière supérieure, où elle est arrêtée par le ligament large.

A ce niveau, la peau ne présente pas de changement de coloration ; mais on a vu cependant des vaisseaux atteindre un développement variqueux et simuler au premier abord un anévrysme cirsoïde.

A la palpation, on constate le plus souvent la fluctuation ou l'empâtement de la tumeur. La tumeur, irréductible, n'offre pas de pulsations. Les parties superficielles glissent avec facilité sur le kyste, ce qui rend assez difficile la constatation de leur adhérence profonde au périoste et aux fibres musculaires environnantes.

Les signes subjectifs sont à peu près négatifs. L'accroissement s'étant fait insensiblement, n'a pas déterminé de phénomènes de compression. C'est ainsi que Picard a pu montrer à la Société anatomique le crâne d'une femme de 71 ans qui, depuis l'âge de 3 ans, portait à la partie antérieure

et supérieure de la tête un kyste contenant des cheveux. Ce kyste avait toujours fait des progrès insensibles et avait finalement atteint le volume du poing. Néanmoins, les fonctions cérébrales avaient conservé leur intégrité jusqu'à la fin de la vie.

Cependant, dans les rares cas où le kyste descend vers la paupière supérieure, il détermine de la gêne de cet organe; et dans les cas, plus rares encore, où il comprimait un filet du nerf frontal externe, la douleur ne lui était pas intrinsèque.

§ 2. — Marche.

La marche de cette affection est essentiellement chronique. Elle suit la même évolution que l'organisme entier. Nous avons déjà signalé son accroissement parfois plus rapide à l'époque de la puberté. Il nous reste à dire que, sous l'influence d'une action locale irritante ou d'un traumatisme, un travail d'inflammation peut se produire, et le kyste prenant un nouvel élan dans sa marche, peut augmenter tout à coup de volume, doubler, tripler même; puis la phlegmasie cessant, rester stationnaire pendant une période indéterminée; ou bien, la lésion étant plus profonde, le contenu s'abcède, il s'ouvre et donne issue aux matières contenues dans son intérieur, nageant dans un liquide purulent. Alors naîtront des fistules intarissables, le kyste s'emplira de nouveau pour se vider encore, jusqu'au moment où une opération radicale en débarrassera le malade.

§ 3.— Diagnostic différentiel.

De ce qu'une tumeur est située à la queue du sourcil ou sur le trajet de l'une des fentes branchiales, il ne faudrait pas induire qu'elle soit fatalement un kyste dermoïde.

S'il y a de grandes chances en faveur de cette opinion, et si par cela même le diagnostic différentiel se réduit à fort peu de chose, on pourrait cependant citer quelques exceptions.

1° *Kystes pierreux ou calcaires.* — Leur consistance seule suffit à les faire diagnostiquer. Ce ne sont d'ailleurs la plupart du temps que des kystes dermoïdes transformés.

2° *Kystes sébacés.*— Ils sont généralement en grand nombre sur le même individu. Plus superficiellement placés, et non adhérents au tissu profond, mais adhérents au tissu superficiel, ils offrent une coloration blanchâtre, et portent en leur milieu un petit point noir, orifice oblitéré d'un follicule.

3° *Kystes hydatiques.*— La fluctuation en est plus franche, et une ponction aspiratrice, faite à l'aide de la seringue de Pravaz, amène un liquide dans lequel on peut, au microscope, découvrir des crochets d'échinocoques.

4° *Tumeurs érectiles.*— La peau offre à leur niveau une coloration rosée; elles présentent des battements isochrones à ceux des artères ; elles augmentent de volume sous l'influence d'un effort. Elles sont réductibles par la pression.

5° *Lipomes.*— Plus superficiels; si on les isole des parties

profondes, en les tenant entre les doigts, on sentira à leur surface une série de petites bosselures, ou une masse granuleuse pouvant donner une sensation de crépitation. Jusqu'ici, on n'a jamais observé de lipome congénital.

6° *Abcès.*— Outre leur fluctuation plus manifeste et plus large, l'empâtement qui les entoure, ils présentent des phénomènes de coloration, de tuméfaction, de douleur, et peuvent donner lieu à une réaction générale.

7° *Encéphalocèles.*— Se montrent généralement aux quatre angles des pariétaux, ou sur le trajet de la suture des frontaux. Ils sont étalés, peu saillants, augmentent pendant les efforts d'inspiration, et diminuent pendant les efforts d'expiration. Ils suivent, en en mot, les mouvements du liquide céphalo-rachidien. Leur réduction donne lieu à des phénomènes encéphaliques.

Il y a lieu de signaler aussi les *méningocèles enkystés*, dérivés des cavités séreuses isolées de la cavité arachnoïdienne par oblitération secondaire de la poche. Ces faits sont assez rares; Virchow et Billroth en citent à peine quelques-uns siégeant la plupart dans la région rachidienne.

Les *kystes des paupières*, rares aussi, de même que les *tumeurs lacrymales*, existent parfois à l'état congénital.

On pourrait parler encore des *kystes congénitaux* se rattachant aux arrêts de développementt de l'œil, kystes à contenu séreux venant faire fréquemment saillie sous la paupière inférieure. Ils sont la plupart du temps associés à des malconformations du globe oculaire.

§ 4.— Pronostic.

Le pronostic est essentiellement bénin. Il ne prend de gravité qu'au moment où la tumeur, sous une influence quelconque, devient douloureuse, ou lorsqu'une opération mal dirigée devient le point de départ des fistules inguérissables.

CHAPITRE VIII.

TRAITEMENT.

Nous rangerons sous trois chefs, d'après Broca, les modes de traitement des kystes dermoïdes, d'après les indications qui peuvent se présenter :

1° Obtenir la résorption du kyste ;

2° L'oblitérer ;

3° Le supprimer par la destruction ou l'extirpation.

Les moyens curatifs qui se rapportent aux deux premières indications sont très nombreux, et leur nombre même suffirait à démontrer leur inefficacité. Nous allons cependant les énumérer, en suivant l'ordre ci-dessus indiqué.

1er Chef.— Certains praticiens ayant rattaché l'évolution du kyste dermoïde à une tuberculose locale ou à des prédispositions diathésiques, ont songé à combattre cette affection par une médication générale. C'est ainsi que l'iodure de potassium ou les spécifiques de ces diathèses ont été employés. Ce que nous avons dit de la pathogénie de l'affection qui nous occupe suffit à faire comprendre que de tels moyens aient été insuffisants.

Les topiques astringents de toute espèce ont été employés : pommade à l'iodure de plomb, eau blanche, tannin, etc. Nous n'insisterons pas sur des moyens aussi peu énergiques.

Les révulsifs (badigeonnages iodés, vésicatoires) ne sauraient avoir plus d'effet sur une affection de ce genre.

2me Chef.— Bien qu'ils puissent amener parfois la guérison, les moyens curatifs qui se rangent dans cette division ont le défaut d'agir beaucoup trop lentement. Ce sont:

a. *Le séton.*— Ce mode antique de traitement a pu donner quelques résultats. Le séton filiforme appliqué par Broca, a donné des inflammations adhésives qui ont amené l'oblitération de la poche. Mais le maître dut y renoncer à cause des longues suppurations qu'ils établissent, et des complications auxquelles ils peuvent donner naissance.

b. *Le cautère.*— C'est Larrey qui voulut traiter par le cautère les kystes dermoïdes; mais son procédé est plutôt une véritable cautérisation. Au moyen d'un cautère filiforme, il traversait de part en part la tumeur et obtenait ainsi la destruction d'une partie des tissus. Ce procédé a le désavantage d'être aussi effrayant que douloureux pour le malade; il a cependant quelquefois réussi.

c. *La cautérisation.*— Les modes les plus divers de cautérisation ont été employés, depuis la pâte de canquoin jusqu'à la galvanocaustique. Avec ces cautérisations chimiques, on pouvait attaquer le kyste à 3 degrés différents; au premier, on avait la cautérisation superficielle de la paroi; au deuxième, la cautérisation profonde; au troisième, la destruction de la tumeur; mais cette cautérisation peut détruire les tissus environnants; elle est surtout dangereuse dans les cas de perforation de l'os. M. Voillemier la rejette comme étant absolument hasardeuse dans le traitement de ces tumeurs.

d. *Incision.*— C'est une mesure absolument insuffisante.

Elle ne peut avoir quelque chance de succès qui si on introduit dans la plaie et comme pansement une substance caustique, nitrate d'argent ou chlorure de zinc, dont nous avons déjà vu les inconvénients.

e. *Ecrasement.*— L'écrasement linéaire a donné, entre les mains de M. Rémy, de bons résultats, qui ont d'ailleurs été puissamment aidés par l'application d'un bandage compressif destiné à maintenir en contact les parois enflammées de la cavité.

f. *Injections irritantes.* — M. Faure (de Roanne) injectait au moyen d'une seringue capillaire du croton tiglium, et obtenait, après une inflammation suppurative, l'exfoliation du kyste. Bœckel et Grül ont injecté du chlorure de zinc ou du tartre stibié au $^1/_{30}$.

La condition première pour voir réussir ces injections est que le kyste présente des parois assez minces et assez souples pour adhérer intimement entre elles. Mais combien cette méthode n'est-elle pas infidèle! Dans le cas où le kyste, formé par un simple lambeau de peau, ne présente pas dans toutes ses parties la même contexture, et où seule une surface déterminée donne naissance à des produits de sécrétion, comment aller porter sur cette surface même le liquide cautérisant ? Le praticien doit alors s'en rapporter non plus à son expérience personnelle, aux signes que lui fournira le diagnostic, mais à un hasard heureux ou malheureux qui conduira son caustique dans le point voulu ou ailleurs. Et si, comme l'a dit M. Dujardin-Beaumetz, il faut une singulière chance pour que la pilule de nitrate d'argent aille se dissoudre dans l'estomac précisément au point où siège l'ulcération, il faudrait ici une chance non moins

étrange pour que le liquide injecté se rende juste sur l'élément pathologique.

En somme, les moyens d'action que nous avons rangés dans cette deuxième division ont le tort, tout en n'amenant pas une guérison radicale et certaine, d'être à peu près aussi douloureux pour le malade que l'ablation même de la tumeur.

3° Chef.— Ici se place la description de l'opération qui a pour but l'enlèvement du kyste.

Si l'on s'y décide, il faudra extirper la poche entière et procéder à sa dissection minutieuse. La moindre parcelle de derme restant dans la plaie serait le point de départ d'une récidive, ou produirait plus tard des fistules branchiales intarissables.

Voici le manuel opératoire qu'a plusieurs fois employé devant nous M. le professeur Cras, et qui d'ailleurs ne lui est personnel que par le soin extrême qu'il apporte dans ses plus petits détails.

Les précautions d'aseptie les plus rigoureuses doivent être prises. La tumeur, avant l'incision, est lavée au Van Swieten et à l'alcool absolu. Les mains de l'opérateur et de ses aides, ainsi que les instruments, doivent être trempés dans la solution forte de sublimé. Injection locale hypodermique de chlorhydrate de cocaïne.

Après avoir rasé le sourcil, incision sur la tumeur parallèle à l'un des plis du front, la cicatrice devant plus tard s'effacer en grande partie et se confondre assez bien avec les rides.

Dissection complète de la tumeur en observant de ne point crever la poche, dont l'extraction deviendrait par ce fait des plus difficiles. Cette dissection sera faite très lentement, les aides épongeant sans cesse la plaie qui donne beaucoup, à cause du riche réseau artériel de la face. On promène de

temps en temps à la surface un pinceau imbibé de chlorhydrate de cocaïne. Les petites artères que l'on rencontre sont pincées par une pince à forcipressure. L'opération étant finie, il reste à procéder au pansement.

La réunion de la plaie par première intention réussit généralement assez bien. Pour l'obtenir, après avoir lavé avec un antiseptique (bichlorure de mercure, acide phénique, sulfo-benzoate de soude ou autre) les surfaces saignantes, on applique deux à trois points de suture suivant la longueur de l'incision. On peut ne point drainer la plaie. On applique alors sur l'œil du côté opposé un monocle de coton boriqué que l'on collodionne de façon à *cacheter* l'organe et à le préserver de la propagation des liquides qui pourraient provenir de la plaie supérieure; puis on panse le kyste à l'iodoforme et au coton boriqué.

L'appareil n'est levé qu'au bout de plusieurs jours. Il y a peu de suppuration. Dans d'autres cas, au contraire, on applique le pansement humide de Lister et la plaie est généralement cicatrisée au bout d'un temps très court.

Nous rapportons plus bas les trois observations de kystes dermoïdes de la queue du sourcil auxquelles nous avons plus particulièrement pris part, et une quatrième qui nous a été fournie par notre ami le Dr Laugier.

CONCLUSIONS.

I. L'histoire du kyste dermoïde, restée longtemps dans l'ombre, n'a été éclairée d'une façon définitive que par Verneuil.

II. Le kyste dermoïde siège toujours au niveau de la première fente branchiale.

III. Il présente, à peu de chose près, la structure du derme, avec prédominance de l'un des éléments de cet organe.

IV. L'évolution en est due à un accident survenu dans le cours de la vie intra-utérine, lors de la fusion des fentes branchiales.

V. Le sexe masculin y est plus sujet que le sexe féminin.

VI. Le symptôme principal se tire de la localisation de la tumeur et de la date de son apparition.

VII. L'extirpation radicale est le seul moyen radical de traitement.

CHAPITRE X.

Observation I.

M. Paul, quartier-maître infirmier, âgé de 25 ans, né à Bordilis (Finistère), a, depuis sa naissance, une tumeur au-dessus du sourcil droit. Depuis quelque temps, son volume s'est accru, le malade en demande l'ablation.

Le kyste dermoïde est opéré le 19 juillet 1888, dans le service de M. le professeur Cras.

Une injection hypodermique de cocaïne est faite au-dessus du kyste. Après quelques minutes, on fend la peau par une incision horizontale parallèle au rebord ciliaire, puis, détruisant toutes les adhérences de la tumeur qui est sous-musculaire, on procède à son extraction.

Le kyste enlevé tout entier est ensuite fendu dans le sens de son plus grand diamètre. On y trouve, avec une petite quantité de matière sébacée, quelques touffes de poils.

Le malade n'a pas beaucoup souffert de son opération; ensuite il a ressenti quelques douleurs de tête.

Pansement par occlusion à l'iodoforme. T. S. 37° 5.

20 juillet. La nuit n'a pas été très bonne. Sommeil un peu peu agité: douleurs péri-orbitaires. On renouvelle le pansement. T. M. 37° T. S. 38°6.

21 juillet. Nuit excellente, plus de douleurs. On renouvelle le pansement. T. M. 37° T. S. 37°

22. Nuit très bonne. Etat général excellent. Le pansement renouvelé laisse voir la cicatrisation marchant très vite.

Cependant un peu de suppuration. Léger œdème de la région pas de température.

Le 7 août. Le malade reprend son service.

Observation II.

Cl...., Benjamin, ouvrier chaudronnier à l'arsenal de Brest, âgé de 31 ans, né à Brest, entre à l'hôpital maritime le 3 juillet 1888, atteint d'impetigo eczémateux de la tête.

Guéri de cette affection, il est évacué le 22 août sur le service de chirurgie de M. le professeur Guyot, à la salle 4, pour y être opéré d'un kyste dermoïde de la queue du sourcil gauche.

Cette affection, dit le malade, est congénitale et n'a pris quelque développement que vers l'âge de la puberté.

Le 25 août. Après avoir fait une injection de cocaïne, on enlève, par une dissection minutieuse, la tumeur tout entière. Celle-ci adhère fortement par sa base au périoste.

Elle contient une matière huileuse et sébacée avec quelques poils.

On applique deux points de suture à la plaie et l'on fait le pansement de Lister, après avoir placé un drain au fond de la plaie.

Le 26, on renouvelle le pansement et l'on enlève le drain. Pas de gonflement. Pas de fièvre.

Le 30, on enlève les points de suture. La réunion par première intention ne s'est pas bien effectuée.

Le 4 septembre, il ne reste qu'une plaie linéaire en bonne voie de guérison.

Le malade n'a pas eu de fièvre.

Le 15 septembre, le malade, complètement guéri, demande son *exeat* et reprend son service.

Observation III.

Service de chirurgie de M. le professeur Auffret.

Dr..... Laurent, 2me maître de manœuvre, âgé de 27 ans, né à Penvénan (Côtes-du-Nord), entré à l'hôpital de la marine pour se faire extraire un kyste dermoïde de la queue du sourcil droit.

Le malade déclare que cette affection congénitale n'est point héréditaire et que ses frères et ses sœurs n'en sont point atteints comme lui.

Jusqu'à ces deux dernières années, le kyste, suivant une évolution lente et régulière, avait atteint la grosseur d'une petite noisette; mais depuis deux ans, sans cause appréciable, la tumeur avait augmenté considérablement de volume, elle avait atteint la grosseur d'une noix, et le malade craignant qu'elle ne devînt gênante, en réclama l'ablation.

L'opération étant décidée le 10 octobre au matin, M. le docteur Barre l'entreprend.

Le malade est couché dans son lit sur le dos. On circonscrit le pédicule de la tumeur par plusieurs injections de chlorhydrate de cocaïne, on rase le sourcil et suivant un des plis transversaux du front, on pratique l'incision intéressant les téguments sur une longueur de cinq centimètres: à ce moment commence avec la pince et le bistouri la dissection très minutieuse du kyste qui s'opère sans accident et sans rompre la poche.

On arrive au pédicule de la tumeur à la base d'implantation.

A ce niveau, l'angle externe du frontal présente une dépression, une cupule comparable à celle de la tête du radius, au fond de laquelle une cavité beaucoup plus petite, mais plus profonde et franchement délimitée par des bords à peine mousses, est creusée.

C'est là que les fibres du kyste s'entrecroisant avec celles du périoste, prennent un solide point d'attache. La partie dermoïde du kyste est d'ailleurs tournée vers l'extérieur, et sa forme répondant à celle des surfaces osseuses, la partie la plus fluctuante et la plus transparente se trouve être la postérieure.

La tumeur ainsi extirpée est placée dans une éprouvette; on réunit la plaie par deux points de suture et l'on saupoudre d'iodoforme porphyrisé, coton boriqué, tube à drainage au fond de la plaie et pansement humide antiseptique.

Le 15 au matin, on enlève les points de suture, la plaie est réunie il y a très peu de suppuration.

Le kyste est ouvert perpendiculairement sur son grand axe (il est sensiblement ovoïde); on le trouve rempli d'une matière sébacée analogue au cérumen, mais blanche, assez semblable à de la vaseline et se dissolvant mal dans l'éther.

La face, qui sur le malade répondait à la peau, est très épaisse et donne implantation à quelques poils courts et blonds, des poils follets.

Il n'y a pas d'autre production épidermique dans le kyste, sa base est un peu épaissie également.

On le réserve dans l'alcool pour un examen ultérieur sur le microscope.

Le 20, la réunion suit son cours régulier, écoulement de liquide par le drain.

Aspect général de la plaie satisfaisant.

28 octobre. Réunion complète de la plaie.

Le 5 novembre. Le malade obtient son exéat et sort de l'hôpital pour reprendre son service.

Observation IV.

Due au Dr Laugier.

Sat. Pri...., soldat clairon d'infanterie de marine, âgé de 22 ans, né à Cipières (Alpes-Maritimes), est à la Guyane depuis quelques mois, à Saint-Laurent-du-Maroni. Il est porteur, depuis sa naissance, d'une tumeur du volume d'une lentille, située à la queue du sourcil gauche.

Antécédents héréditaires et morbides: nuls. *Profession avant son entrée au service:* imprimeur.

La tumeur dont il est porteur, absolument indolore, ne l'avait pas gêné jusqu'alors. Vers l'âge de 15 ans, elle atteignit le volume d'une petite noisette, puis resta stationnaire. Il y a quelque temps, deux mois environ, il reçut, dans une rixe, un coup de manche de pioche au niveau de l'angle externe de l'œil.

Les premiers jours, la tumeur ne le fit point souffrir ; mais il constata qu'elle se développait et devenait douloureuse. Au bout de quelques jours, il se présenta à notre visite, se plaignant de douleurs très vives et réclamant l'extirpation de sa tumeur. Sur ses instances, nous nous décidâmes à l'opérer.

Le 1er juillet 1888, après avoir lavé la tumeur à l'alcool absolu, nous l'insensibilisons par des pulvérisations d'éther faute d'autres agents anesthésiques. Nous rasons le sourcil et nous faisons une incision suivant sa direction, et n'intéressant que la partie superficielle des téguments. Nous voyons apparaître une tumeur d'aspect nacré, rosée par

places, ici décolorée et ne présentant pas en général de différences très tranchées avec le reste des tissus auxquels elle est intimement unie. Nous procédons alors à sa dissection, à laquelle nous apportons des soins minutieux. L'opération dure environ 35 minutes ; nous détachons enfin la tumeur, qui adhère fortement au périoste, et nous ne constatons ni pédicule, ni dépression osseuse.

La plaie saigne beaucoup. Nous parvenons cependant à étancher l'hémorrhagie en nappe qui s'est produite, par l'eau de Pagliari. Nous lavons la plaie au sublimé, l'acide phénique nous paraissant contre-indiqué.

Nous tentons la réunion par première intention, sans drainage préventif, et nous plaçons trois points de suture. La plaie est saupoudrée d'iodoforme, et le pansement est complété à l'aide de la gaze iodoformée et d'un gateau d'ouate hydrophile.

Le 2, le malade n'accuse pas de symptômes fébriles.

Le 3, il subit un accès de fièvre intermittente, à laquelle il est sujet.

Le 4, la température se maintient 38°5 mais sans douleurs périorbitaires, ce qui nous autorise à ne pas lever le pansement.

Le 5, la température a baissé. Léger embarras gastrique. On prescrit le sulfate de soude à la dose de 30 gr.

Le 6, le malade a eu quatre selles, et tout symptôme gastrique a disparu.

Le pansement est enlevé. La plaie est en bonne voie de guérison. A l'angle externe de l'œil, léger suintement purulent.

Les points de suture sont enlevés.

Le 13, la plaie est complètement cicatrisée. Le sourcil commence à repousser sur une surface présentant les caractères d'une cicatrice linéaire.

Le 15, le malade est mis *exeat*. A notre départ de la Guyane, le kyste n'avait pas récidivé.

La poche, ouverte, contenait une matière séro-purulente. Elle est épaissie dans le seul point de la paroi qui correspond à la peau. Nous y trouvons un feutrage de poils blonds, dont quelques-uns flottent libres dans les cavités. Plusieurs, assez longs, varient du blond cendré au noir le plus intense.

Le manque d'instruments nécessaires a rendu impossible tout examen micrographique.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 12 mars 1889.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 12 mars 1889.
Le Doyen,
CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Beaunis et Bouchard. — Anatomie descriptive et embryologie.

Bouchard. — Bulletin soc. anat. 1863.

Brière. — Kyste pileux de la queue du sourcil (Annales d'oculistique 1877).

Broca. — Gazette des hôpitaux.

— Société d'anthropologie 1873, 1874.

— Tumeurs, t. II.

Chauvel. — Dictionnaire encyclopédique.

Cras (Ch.). — Notes et observations personnelles et inédites.

Cusset (J.). — Thèse de Paris 1877.

Demons (de Bordeaux). — Bullet. et mém. à la soc. de chir.

Desprès. — Bullet. et mém. soc. de chir., 13 oct. 1880.

Faure. — Compte-rendu à l'Ac. des sciences, janvier 1851.

Follin. — Bullet. soc. de chir., 21 sept. 1859.

Hayem. — Revue des sciences médicales.

Heurtaux. — Gazette des hôpitaux.

Jobert (de Lamballe). — Gazette des hôpitaux 1845.

Lannelongue et Achard. — Traité des kystes congénitaux.

Lamps. — Thèse de Paris.

Larrey. — Gazette médicale de Paris.

Lebert. — Société de Biologie.

— Des kystes dermoïdes et de l'hétérotopie plastique en général (Mémoire soc. de Biologie 1852).

Magitot. — Traité de la carie dentaire, Paris 1872.

Masse. — Mémoire lu au Congrès de chirurgie.

Nicaise. — Revue de chirurgie, t. III, 1883.

Panas. — Bulletin de la Société de chir.

Penaud. — Thèse de Montpellier 1877.

Picard. — Bullet. de la Société anat., t. XX.

Régnier. — Thèse de Paris 1869.

Sichel (J. et A.). — Annales d'oculistique 1867.

— Gazette des hôpitaux, mai 1877.

Trélat. — Bullet. de la Soc. anat., déc. 1872.

Watson. — An intra-orbitar dermoid cyst resulting in abcess; the cyst removed subsequently; satisfactory result (The Lancet, July 1872).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !